

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis LE BARS

Interne des Asiles Nationaux de la Seine
Né le 14 Juillet 1908 à Plouigneau (Finistère)

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS
ITÉRATIVES ABDOMINALES

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

—
1935

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

ANNÉE 1935

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Louis LE BARS

Interne des Asiles Nationaux de la Seine
Né le 14 Juillet 1908 à Plouigneau (Finistère)

A PROPOS DE QUELQUES INTERVENTIONS
ITÉRATIVES ABDOMINALES

Président : M. SERGENT, Professeur

PARIS
LIBRAIRIE E. LE FRANÇOIS
91, BOULEVARD ST-GERMAIN, 91

—
1935

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Physiologie	Léon BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie	Robert DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale	BRUMPT.
Pathologie médicale et générale	BAUDOUIN.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale	TIFFENEAU.
Thérapeutique	HARVIER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie	Maurice VILLARET.
Clinique médicale	LOEPER.
	CARNOT.
	CLEBC.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance	LEREBoullet.
Clinique des maladies des enfants	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	PROUST.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la Tuberculose	BEZANÇON.
Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
	MULON.
Professeurs sans chaire	OLIVIER.
	VERNE.
	MOCCUOT.



II. — AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

BÉNARD (Henri) . Pathologie médicale.
 BERNARD Étienne. Pathologie médicale.
 BOULIN Pathologie médicale.
 BULLIARD..... Histologie.
 CATHALA Pathologie médicale.
 CHEVALLIER Pathologie médicale.
 DOGNON..... Physique.
 FEY Urologie.
 GALLIARD..... Parasitologie.
 GASTINEL..... Bactériologie.
 DE GAUDART D'ALLAINES. Pathologie
 chirurgicale.
 GAYET Physiologie.
 GIROUD..... Histologie.
 HAGUENAU Pathologie médicale.
 HALPHEN..... Oto-rhino-laryngologie.
 HAZARD Pharmacologie.
 HUGUENIN Anatomie pathologique.
 JOANNON Hygiène.
 LABBÉ (Henri) ... Chimie biologique.
 LACOMME Obstétrique.

MM.

LANTUÉJOUL ... Obstétrique.
 LAROCHE (Guy) . Pathologie médicale.
 LEMAIRE Pathologie expérimentale
 LEVEUF Pathologie chirurgicale.
 M^{lle} J. LÉVY..... Pharmacologie.
 LÉVY-VALENSI .. Neurologie et Psychiatrie.
 MOREAU Pathologie médicale.
 MOULONGUET ... Pathologie chirurgicale.
 MOUQUIN Pathologie médicale.
 OBERLING..... Anatomie pathologique.
 PETIT-DUTAILLIS Pathologie chirurgicale.
 PIÉDELIÈVRE ... Médecine légale.
 PORTES Obstétrique.
 RICHET Physiologie.
 SANNIÉ..... Chimie biologique.
 SÈNÈQUE Pathologie chirurgicale.
 TROISIÈRE Pathologie expérimentale
 TURPIN Pathologie médicale.
 VIGNES Obstétrique.
 WILMOTH Pathologie chirurgicale.
 J. BEZANÇON... Hydrologie.

III. — AGRÉGÉS RAPPELÉS A L'EXERCICE

pour le service des examens

MM.

ALGLAVE Pathologie chirurgicale.
 BUSQUET Pharmacologie.
 CHAILLEY-BERT. Physiologie.

MM.

LEROUX..... Anatomie pathologique.
 NEVEU-LEMAIRE Parasitologie.
 ZIMMERN..... Physique.

IV. — AGRÉGÉS CHARGÉS DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent.

MM.		MM.	
ABRAMI	} Clinique médicale.	BASSET	} Clinique chirurgicale.
ALAJOUANINE ..		BROCQ.....	
AUBERTIN		CADENAT.....	
BRULÉ		GATELLIER	
CHABROL.....		HEITZ-BOYER ...	
CHIRAY		MOURE	
DONZELOT		QUENU	
DUVOIR.....		SCHWARTZ.....	
LIAN		VELTER	
PASTEUR - VALLERY- RADOT			
SÉZARY			
MM.			
ECALLE	} Clinique obstétricale.		
GUÉNIOT			
LE LORIER.....			
LÉVY-SOLAL			
METZGER			

V. — CHARGÉS DE COURS

MM.	
CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.....	Puériculture.
FREY.....	Stomatologie.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

*Trop tôt ravi à mon affection ;
je n'ai pu apprécier sa bonté.*

A MA MÈRE

*Témoignage affectueux de ma
profonde reconnaissance envers
la plus dévouée et la plus ai-
mante des mères.*

A MA FIANCÉE

A MA FAMILLE

A TOUS MES AMIS

A MONSIEUR LE PROFESSEUR SERGENT

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur de Clinique Propédeutique
à la Faculté de Médecine
Médecin des Hôpitaux
Commandeur de la Légion d'Honneur

*Qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse.*

*Respectueux témoignage de ma
profonde gratitude.*

A MES MAITRES
DANS LES HOPITAUX DE PARIS

A MES MAITRES DE L'ASILE NATIONAL
DES CONVALESCENTS



Digitized by the Internet Archive
in 2026

INTRODUCTION

Au cours de nos deux années d'Internat, il nous a été donné de voir un certain nombre de convalescents d'affections digestives ou paradigestives. Les Services de Médecine et d'Electro-Radiologie de l'Asile National des Convalescents étaient, en effet, une étape fréquente, dans le cycle pathologique de ces malades : étape de réadaptation progressive à la vie normale, mais souvent aussi, étape de réapparition, dans leur obsédante persistance, de divers syndrômes douloureux dont nous nous sommes proposé de rechercher l'étiologie.

Nous avons pu retenir, parmi ce grand nombre de malades, des sujets ayant subi plusieurs opérations abdominales, chez qui une première intervention, en principe curative ou tout au moins palliative, n'avait fait qu'ouvrir le champ opératoire.

Nous croyons faire œuvre utile en attirant l'attention sur ces « balafres de l'abdomen » que des interventions répétées, à côté de cas remarquables, transforment, trop souvent en infirmes définitifs, en-

combrant les services hospitaliers, parfois impropres à tout travail, quand leur déchéance physique ne se complique pas d'une atteinte psychique, véritable psychasthénie digestive.

OBJET DE NOTRE ÉTUDE

Point n'est besoin, croyons-nous, d'insister sur la difficulté du diagnostic en matière de pathologie digestive. Des travaux, plus autorisés que notre modeste étude, en éclairent quotidiennement le problème.

Nous n'avons pas davantage l'intention de discuter la chirurgie abdominale. La nécessité s'en impose, l'efficacité de ses cures n'a d'égale que la rapidité des résultats obtenus, les progrès de plus en plus marqués de la technique diminuent d'autant les risques opératoires.

Cependant, qu'il nous soit permis quelques constatations.

Nous avons eu l'occasion de voir des malades, opérés d'urgence, soit pour perforation, soit pour tout autre drame abdominal. En général, après leur convalescence, ces malades repartaient guéris, et, s'il nous arrivait de les revoir, il s'agissait d'une affection tout autre et sans aucun rapport avec leur état antérieur. Nous n'en reparlerons donc pas.

En revanche, d'autres malades, souffrant chroniquement de leur abdomen, depuis longtemps, traînant de consultation en consultation, voyaient attri-

buer à leurs symptômes une étiologie imprécise et extrêmement variable. La thérapeutique variait également avec autant de facilité que de malheureuse inefficacité.

Nous n'en donnerons qu'un exemple d'une caractéristique netteté :

Un homme porteur d'un ulcus gastrique, affirmé dans un service de médecine, fut passé en chirurgie pour intervention. Au bout de quelques jours il fut, en effet, opéré, mais on pratiqua, par les voies ordinaires... une appendicectomie qui ne soulagea pas le malade, puisque, après quinze jours de convalescence, un syndrome de sténose pylorique nous obligeait à le renvoyer à son hôpital.

Nous pourrions encore citer le cas d'un malade, qui fait l'objet d'une de nos observations, et chez qui, un terrain endocrinien et névropathique des plus accusés aurait peut-être dû contr'indiquer toute intervention.

Sans vouloir la proscrire, et d'après ces quelques exemples, la cure chirurgicale, arme thérapeutique admirable, apparaît donc aussi comme une arme à deux tranchants, dont les indications doivent être minutieusement établies, et en tenant compte autant du présent que de l'avenir.

Parmi nos observations, nous établirons trois classes :

Un premier groupe étudiera les interventions sur des organes à distance et sans relations physiologiques ;

Un deuxième groupe traitera des interventions répétées sur le même organe ;

Un troisième groupe, enfin, comprendra les interventions sur des organes à distance mais synergiquement fonctionnels.

Tout en pensant à l'intérêt considérable que présenterait le même travail, dans le cadre de malades femmes, nous limitons notre sujet aux hommes, rejetant volontairement la recherche des rapports existant entre la pathologie gynécologique et les affections digestives.

Ainsi comprise, notre thèse se bornera à étudier, chez ces polyopérés le diagnostic et les indications opératoires, à discuter les interventions pratiquées, à établir, dans la mesure du possible, le pronostic de ces interventions et l'avenir de ces malades, sans envisager, dans toute son ampleur, le problème si controversé des adhérences et des périviscérites abdominales.

1^{er} GROUPE D'OBSERVATIONS

Interventions sur des organes différents et sans relations physiologiques

Nous n'avons pu réunir, dans cette catégorie, que deux observations personnelles. Il est certain qu'en étendant notre étude au sexe féminin, ce premier groupe prendrait une importance difficile à limiter et pourrait faire, à lui seul, l'objet d'un travail considérable. Mais, nous l'avons dit, nous préférons rester dans le cadre que nous nous sommes tracé. L'intérêt de cette première partie n'en sera que peu diminué, en raison de l'étude plus complète qu'on en pourra faire.

OBSERVATION I

M. H..., 23 ans, peintre.

Aucun antécédent pathologique.

Hospitalisé pour la première fois en août 1931, pour hernie inguinale gauche : cure radicale.

En octobre 1931, deuxième intervention d'urgence, pour appendicite avec péritonite, suivie de drainage, nécessitant quarante jours d'hôpital.

En février-mars 1932, apparition progressive, dans l'hypocondre gauche de douleurs de distension, tantôt douleurs de torsion ou de spasme.

En même temps s'établit un état de constipation opiniâtre, alternant, de temps à autre, avec des débâcles diarrhéiques. Le malade entre à l'hôpital pour se faire examiner, et un lavement baryté, donné sous l'écran radioscopique, montre un allongement du colon descendant.

Le 15 mars, on pratique une résection partielle du colon descendant avec anastomose terminale.

Deux mois après, le 15 mai, une nouvelle intervention est décidée pour libération d'adhérences. Le malade quitte l'hôpital pour l'A. N. C., en juillet.

A son entrée à l'Asile, son état n'est pas changé : il souffre toujours du côté gauche et ne présente pas de selles spontanées. Un traitement par la diathermie n'obtient aucun résultat : l'abdomen se ballonne toujours autant, et ce ballonnement est suivi de coliques ; pas de selles sans lavement ou sans médication.

Tous ces troubles digestifs sont compatibles avec une bonne santé apparente, et le malade, semblant prendre son parti, d'un état qu'il croit définitif, reprend bientôt ses occupations.

Nous le revoyons, de nouveau, en juin 1933.

Le 10 mai précédent, il avait été opéré une cinquième fois pour un syndrome de subocclusion basse. On a libéré une bride.

L'état de constipation douloureuse est toujours le même. Un examen radioscopique, par lavement opaque, montre les particularités suivantes :

Ampoule rectale très distendue et remontant haut dans l'abdomen ;

Arrêt de la gélobarine à l'angle sigmoïde-colique qui n'est franchi qu'avec peine ;

Cet angle marque une différence d'injection très nette : surdistension au-dessous, dessin faible au-dessus ;

Entre ces deux segments, le passage est rétréci à l'angle sigmoïdo-colique douloureux et immobile à la palpation.

Le malade suit un traitement à la fois médical et physiothérapique : huile de paraffine-atropine, rayons Infra-Rouges.

Le traitement apporte une amélioration des douleurs, mais à la sortie de l'Asile, la constipation persiste, inchangée.

En résumé, malade chez qui, à la suite d'une perforation appendiculaire, un processus de pérviscérite est venu aggraver un dolichocolon, certainement préexistant, et, probablement congénital.

OBSERVATION II

M. L..., 25 ans, garçon de café.

Hospitalisé en 1932, pour douleurs gastriques apparues depuis trois ans : sensations de brûlures survenant après les repas, ne s'accompagnant pas de vomissements, sans périodicité nette dans l'année.

Un examen radiologique, pratiqué à cette époque, aurait permis de poser le diagnostic d'ulcus de la petite courbure. Un traitement médical améliora mais ne guérit pas le malade, posant l'indication opératoire.

A l'intervention, janvier 1933, on trouva un estomac parfaitement sain, sans trace d'altération pariétale ; par contre, on enleva une vésicule et un appendice, sièges d'un processus inflammatoire caractérisé. Après une évolution post-opératoire normale, M. L..., reprit sa profession.

Trois mois plus tard nous le voyons. Il vient de subir une nouvelle intervention pour hernie et hydrocèle.

En septembre 1933, nouveau séjour à l'A. N. C... Le malade souffre toujours de l'estomac, mais les douleurs ont changé de caractère : ce n'est plus une sensation de brûlure, mais une pesanteur survenant un quart d'heure après les repas, s'accompagnant de ballonnement, d'éruclations et d'aigreurs. En outre, il s'y ajoute une constipation tenace. Un examen de l'appareil digestif à l'écran montre un estomac ptosé de quatre travers de doigts, mais sans signe de lésion organique, se vidant rapidement. Il y a, en même temps, une ptose d'un cadre colique cependant mobile : l'angle hépatique est dans la fosse iliaque droite, l'angle splénique dans la fosse iliaque gauche, le colon traverse pend, en guirlande, dans le bassin. Le transit colique est retardé. Il existe un point douloureux solaire.

Physiothérapie et traitement médical ne donnent aucun résultat. Bien mieux, le malade qui n'avait jamais présenté de sang dans les selles a maintenant du melaena et un Weber positif. Un lavement baryté ne donne aucun secours pour préciser exactement l'étiologie de cette constipation et de ce melaena : perméabilité normale d'un cadre colique mobile et souple, avec quelques points douloureux : caecal, angulo-sous-hépatique, recto-sigmoïdien.

Quelques jours après une hémorragie rectale nécessite son transfert à l'hôpital, révélant un état hémorroïdaire chez ce malade à passé plutôt gastro-duodénal.

En décembre 1933, il nous revient opéré de ses hémorroïdes et d'une fissure anale, mais souffrant toujours de son estomac et de sa constipation. Aucune thérapeutique — médications ou agents physiques — n'améliore son état.

A noter, chez ce malade, un terrain endocrinien net : insuffisance pluriglandulaire à prédominance testiculaire et thyroïdienne.

Pensant que ces troubles digestifs rebelles pouvaient reconnaître, en partie, cette origine, nous instituons un

traitement opothérapique. Nous n'en avons, malheureusement, pas pu suivre les résultats.

La plupart des épisodes de cette histoire pathologique ont leur trait d'union : le terrain endocrinologique de leur évolution.

Notons, d'abord, en passant, le diagnostic d'ulcère de la petite courbure qui décide de la première intervention, pourtant apparemment justifiée : la symptomatologie, chez certains sujets, se montre souvent assez complexe pour permettre des erreurs.

Nous voulons simplement insister, ici, sur le facteur constitutionnel : chez cet insuffisant thyrotesticulaire, nous croyons trouver un exemple de ce que Lœper et Baumann ont appelé la leiasthénie digestive ou asthénie du système musculaire lisse. Signes radiologiques (ptose gastrique avec évacuation paradoxale et retard du transit colique), signes cliniques (dyspepsie et constipation, hypotension artérielle à 10-6), le syndrome s'y trouve assez complet chez un homme indolent, au regard inexpressif, au facies presque lunarien d'hypothyroïdien net. Disons-nous que s'ajoutant à la constipation, la fissure anale, opérée en janvier 1934, en même temps que les hémorroïdes, n'était, peut-être, au début, qu'une simple « sphinctéralgie », parfois rencontrée dans les états d'hypervagotonie ?

Cet état de déséquilibre neuro-végétatif explique encore la faiblesse de la sangle musculaire abdominale : d'où la ptose gastro-colique et la hernie. Il

explique, enfin, que nous puissions considérer ce malade comme un hépatique : la cholécystite ne suffirait-elle pas à créer un certain degré d'insuffisance hépatique et les relations entre le foie et les glandes endocrines, si étudiées actuellement, ne sont-elles pas prouvées ?

Rapprochons l'une de l'autre ces deux observations. Nos deux malades se présentent comme deux constipés qui souffrent, mais combien différents : dans le premier cas, la constipation reconnaît comme origine une malformation ; dans le deuxième, ce symptôme n'est qu'un élément d'une diathèse.

Sans doute y trouvons-nous des « interventions épiphénomènes » (hernie, hydrocèle, hémorroïdes) ?. Ce sont des hasards malheureux et imprévisibles, encore que la cure chirurgicale des hémorroïdes puisse se discuter. En tout cas, le problème thérapeutique, posé par le symptôme dominant de nos deux tableaux cliniques est à envisager de façon différente.

Chez notre deuxième malade, il est évident que la possibilité d'une intervention ne se discute même pas ; il faut s'adresser au terrain ; le contraire serait courir au devant d'un désastre. La conduite suivie, dans le premier cas est, en revanche, très sujette à critique. Un dolicho-colon, auparavant bien toléré, devient douloureux. L'idée d'opposer à une étiologie mécanique une thérapeutique du même ordre était séduisante, et la question d'autant plus angoissante qu'il existait, probablement de la périviscérite.

La suite de l'histoire du malade donne la réponse : la colectomie a été suivie, dans le délai d'un an, de deux nouvelles interventions, fâcheux résultat d'une décision qui voulait être curative et ne réussit qu'à créer trois nouveaux traumatismes sur un péritoine déjà lésé antérieurement.

Il eût été plus indiqué d'établir, en tenant compte de l'état du malade, une diététique alimentaire bien réglée, avec une alimentation sans résidus, dont les farineux eussent été complètement exclus. Il est fort probable que ce régime et une thérapeutique médicale, jointe à un traitement de la périviscérite aurait suffi à améliorer le malade. On eût surtout évité des opérations, toujours déprimantes et sérieuses, les réservant aux complications et aux échecs du traitement médical.

2^e GROUPE D'OBSERVATIONS

Interventions sur le même organe

Nous avons réuni, dans ce groupe, dix observations qui se rapportent toutes à des opérés du tractus gastro-duodéal. Leur rapprochement nous permettra de comparer diverses évolutions ulcéreuses et d'étudier la thérapeutique la plus favorable à employer pour l'avenir du malade.

OBSERVATION I

M. R..., 36 ans, mécanicien.

Malade depuis environ 5 ans. Crises périodiques nettes, à horaire fixe rythmé par les repas, avec longs intervalles de bonne santé, douleurs à type de brûlure quatre heures après les repas. Régimes et traitements médicaux sans efficacité. Amaigrissement de 14 kilogs en 4 ans.

En avril 1932 le diagnostic d'ulcère gastrique est posé. Nouveaux traitements médicaux sans résultats, d'où indication opératoire. Gastro-entérostomie au mois d'octobre. Bonnes suites opératoires. Reprise de la vie normale, augmentation de poids d'environ 7 kilogs.

Septembre 1933, réapparition des douleurs : pesanteur

et brûlures après les repas ; pas de vomissements. Le 16 octobre, syndrome abdominal aigu nécessitant une intervention d'urgence ; il s'agissait d'une péritonite diffuse par perforation d'un ulcère peptique jejunal. Suture de la perforation sans autre acte chirurgical.

D'après les constatations opératoires, une troisième intervention est à prévoir en vue d'une gastrectomie large. En effet l'examen radiologique pratiqué au cours de la convalescence montre une bouche de G. E. fonctionnant d'une façon très défectueuse, la gélobarine passant par les voies normales avec une grosse gêne de passage et une stase légère dans un duodénum réduit par la périviscérite.

Cette observation paraît démontrer l'existence d'une véritable maladie ulcéreuse dont l'évolution aurait été précipitée par le mauvais fonctionnement d'une bouche de G. E.

OBSERVATION II

M. L..., 37 ans, marchand forain.

Début brusque en décembre 1930 par des vomissements abondants et incoercibles, de matières noirâtres. Aucun passé gastrique. Transporté à l'hôpital, on pratique une gastro-entérostomie pour ulcus. Bonnes suites opératoires, reprise de la vie normale un mois après.

Pendant deux ans, crises d'aigreur se terminant par des vomissements, crises espacées évoluant pendant huit à dix jours, alternant avec de longues périodes de bonne santé. Jamais de douleurs nettes.

En février 1932, sensation de brûlure gastrique 1 heure à 1 h. 1/2 après les repas, réveillant le malade la nuit, accompagnée de vomissements, calmée par l'ingestion d'aliments. Après examen radiologique, nouvelle G. E. suivie de complications pulmonaires.

En octobre 1933, après un an de bonne santé, apparition de violentes douleurs épigastriques à irradiations dorsales, avec aigreurs et vomissements. Perte d'appétit, amaigrissement considérable. Nouvelle hospitalisation, troisième intervention sur laquelle il n'y a pas de renseignements précis, mais il semble qu'on ait pratiqué une pylorectomie. Complications pulmonaires post-opératoires.

Un mois après le malade se plaint de douleurs de surtension épigastrique gauche. Plus de vomissements, constipation marquée. A ce moment l'examen radiologique montre un estomac tonique avec deux bouches de G. E. : l'une partant du bas-fond et fonctionnant parfaitement, l'autre dans le voisinage de l'antrum pylorique, imperméable, laissant passer quelques filets de substance opaque. Pas de bouchées pyloro-duodénales, mais région pyloro-duodénale douloureuse à la pression. Six heures après, estomac vide, gélobarine du caecum à la partie moyenne du transverse qui est fixe et immobile dans toutes les positions et à la palpation. Donc, pylorectomie avec deux bouches de G. E. dont une seulement, perméable, péricolite du transverse. •

Dans l'ensemble, chez un homme exempt de tout passé gastrique, évolution d'une maladie ulcéreuse en deux périodes :

Une phase de latence révélée par un accident brutal.

Une phase d'extorisation avec deux poussées évolutives nécessitant une cure aussi radicale que possible.

OBSERVATION III

M. D..., 33 ans.

Début en 1927 par de grandes crises douloureuses alternant avec périodes de bonne santé : douleurs transfixiantes en broche avec sensation de torsion, immédiate-

ment après ou même pendant les repas, soulagées par des vomissements, accompagnées de régurgitations acides. Amaigrissement pendant les crises, reprise du poids dans l'intervalle. Ni hématomèses, ni mélaena.

En réalité, le malade fait remonter l'origine de ses troubles à 1915, époque à laquelle il aurait commencé à souffrir à la suite d'un violent traumatisme dans le creux épigastrique. Il aurait été traité successivement comme hépatique puis comme cardiaque (antécédents de R. A. A.).

En novembre 1927, gastro-entérostomie : grosse amélioration ; plus de douleurs, mais ni l'appétit ni le poids ne reviennent.

Trois mois après les douleurs reprennent mais moins fortes ; sensation de bride ; pas de vomissements. Ablations de crins suturant les plans profonds. Nouvelle amélioration.

En juin 1929, reprise du syndrome douloureux exactement comme au début : crises d'une durée de huit à dix et quinze jours suivies de trois à quatre mois de silence. Symptomatologie identique avec, en plus, point douloureux gastrique paramédian droit. Aucune hémorragie. Bientôt un véritable état de mal oblige le malade à une nouvelle intervention. En décembre 1934, gastrectomie pour ulcus de la P. C. Amélioration immédiate, et quand nous le voyons à l'asile il ne se plaint plus que d'une sensibilité en barre médiogastrique. Cependant des vomissements persistent, non influencés par le régime.

...L'examen radiologique montre une cavité gastrique petite pyriforme, de gastrectomie large avec anastomose terminale, se vidant mal.

A noter, que ces interventions successives sont faites à l'anesthésie locale nécessitée par l'état cardiaque du malade.

OBSERVATION IV

M. M..., 34 ans.

Début en 1930 : Brûlures gastriques à horaire fixe (1 à 2 heures après le repas), calmées par les alcalins et les aliments, évoluant sans période de rémission, moins accentuées dans le décubitus. Jamais de vomissements. Amaigrissement.

A ce moment on diagnostique une ptose. Traitement : Ceinture et alcalins. Amélioration si nette qu'en 1931, le malade abandonne la ceinture et les médications, mais en septembre, les douleurs réapparaissent accompagnées de melaena. Intervention : Gastropexie et G. E.

Bonnes suites opératoires, bon résultat.

En 1933, en novembre, hospitalisation d'urgence pour violente hématomérose soudaine, accompagnée d'une abondante hémorragie intestinale. Transfusion massive, et en janvier, une deuxième intervention pour suture et enfouissement d'un ulcus prépylorique. Trois mois d'amélioration.

En avril 1934 : Reprise du syndrome douloureux, sans modifications, sauf irradiations dorsales. Traité d'abord médicalement (alcalins) sans résultat, jusqu'en novembre. On décide alors une pylorectomie, mais à l'intervention on ne trouve pas de cicatrice d'ulcère en aucun endroit, mais simplement des ganglions mésentériques. On considère donc les troubles du malade comme liés uniquement à de la périgastrite et on se contente de pratiquer une résection et une libération épiploïque.

Quand nous voyons le malade, en décembre 1934, après cette 3^e intervention, il présente le syndrome suivant :

Douleurs à type de torsion,
Irradiant dans le dos,
Sans horaire d'apparition,
Continues et sans paroxysmes.

Appétit nul avec sensation d'estomac immédiatement rempli dès la première prise d'aliments.

Étouffement post-prandial.

L'examen radiologique montre une ptose gastrique fixée à 4 travers de doigts avec un bas-fond en cuvette sur lequel se greffe une bouche de G. E., perméable et indolore. Une périviscérite intense de la région pyloro-duodénale laisse passer quelques filets sinueux de gélobarine. Tout ce segment est douloureux dans toutes les portions.

Traité par la diathermie transabdominale à trois pôles (1 plaque postérieure et deux plaques épigastriques), le malade fut nettement amélioré : digestions facilitées, grosse atténuation des douleurs.

OBSERVATION V.

M. C..., 35 ans.

A subi trois interventions :

En août 1930 : Gastro-entérostomie pour ulcus gastrique.

En juin 1931 : Réfection de la bouche.

En décembre 1931 : Libération d'adhérences.

Au mois de février 1935, M. C..., souffre toujours et présente selon lui le même syndrome qu'avant la 1^{re} intervention.

L'examen radiologique montre une bouche de G. E. peu perméable et douloureuse. En amont, le corps de l'estomac donne l'impression de parois contracturées (déplissage hypertonique tubulaire). En aval, une encoche en scissure persistante, en face d'un point douloureux correspondant exactement à une image diverticulaire en éperon sur la petite courbure. Passages pyloro-duodénaux plus fréquents que les passages par la bouche de G. E. et dessinant un bulbe déchiqueté et une deuxième portion duodénale sinueuse et irrégulière.

Il y a donc lieu, semble-t-il, de rapporter les souffrances du malade au mauvais fonctionnement de sa G. E., créant une reprise du processus ulcéreux. Il faut prévoir une gastrectomie large.

OBSERVATION VI

M. D..., 59 ans.

Début en octobre 1918 : douleurs au creux épigastrique deux, trois heures après les repas ; pas de vomissements ; crises de 2 à 3 jours avec des périodes de 6 mois de bonne santé.

En 1921, les crises se rapprochent. Examen radiologique : ptosé. Régime, bismuth, belladone.

En 1934 ; reprise des douleurs par périodes rapprochées : crises de 1 heure à 1 h. 1/2 toutes les quatre à cinq semaines. Vomissements calmant les douleurs. Pas d'hématémèses.

Radio : ulcus de la petit courbure.

Intervention en décembre 1934 : gastro-entérostomie.

Trois semaines après cette première intervention, reprise des douleurs : brûlures et aigreurs. Après examen radiologique deuxième opération : gastrectomie avec anastomose terminale.

A l'A. N. C., au début de février 1935, le malade se plaint de nouvelles douleurs au creux épigastrique. La radioscopie montre une bouche de G. E. terminale fonctionnant bien et indolore ; mais il existe sur la petite courbure une image diverticulaire en niche, douloureuse et semblable à elle-même dans toutes les positions d'examen.

En résumé, maladie ulcéreuse en évolution pour laquelle toute nouvelle intervention semble désormais contraindiquée.

OBSERVATION VII

M. P..., 57 ans.

Début en 1929 : Douleurs 3 heures après les repas, calmées par les vomissements. Hématémèses. Amaigrissement important car le malade hésite à se nourrir. Évolution spontanée jusqu'en avril 1934, où le malade se fait hospitaliser.

A cette époque, syndrome clinique parfait de sténose pylorique : résidu considérable à jeun avec aliments ingérés la veille. Radiologiquement, signes de gêne matérielle de l'évacuation pylorique sans image ni diverticulaire, ni lacunaire et sans image d'amputation du pylore.

Intervention le 29 mai 1934. Le compte rendu opératoire porte :

« Grand estomac dilaté, pylore peut-être plus épais que normalement mais souple. Région pylorique rouge, mais sans tache hémorragique et parfaitement souple. Vésicule fixée par quelques adhérences au duodénum. Gastro-entérostomie postérieure trans-mésocolique. »

A l'asile en juin 1934, malade se plaignant toujours du même syndrome. Psychisme très affecté. L'examen radiologique montre du liquide à jeun dans un estomac allongé mais encore hyperkinétique ; bouche de G. E., postérieure douloureuse ; passages pyloro-duodénaux plus fréquents que par la voie de dérivation. Important résidu 6 heures après.

Un traitement alcalin, bismuth et belladone, apporte une amélioration marquée, mais en novembre, reprise des phénomènes douloureux chez le malade indiscipliné et assez impatient.

En janvier 1935, nouvelle intervention et réfection de la bouche de G. E. Pas d'amélioration et en mars on trouve une périgastrite de la bouche de G. E., douloureuse à la

dression, qui fonctionne imparfaitement. Pas de passages pyloriques.

Traité pendant un mois et demi de convalescence par une série d'injections de pepsine avec surveillance sévère du régime, le malade repart considérablement amélioré et ayant regagné quatre kilogs.

OBSERVATION VIII

M. T..., 24 ans.

Trois interventions.

1^{er} avril 1933 : Gastro-entérostomie pour ulcère de l'estomac.

2^e juin 1934 : Ulcus peptique de la bouche de G. E.

Réfection de la bouche.

Transfusion.

3 janvier 1935 : Périviscérite.

En mars 1935, le malade est à l'A. N. C., il souffre toujours, mais ses douleurs n'ont plus ni horaire ni caractères nets.

Dans l'ensemble son état est très amélioré, mais il maigrit progressivement et sans arrêt.

La radioscopie révèle en effet une bouche de G. E. légèrement douloureuse et cependant très perméable : Cinq minutes après absorption la gélôbarine est toute entière dans le grêle ; pas de passages pyloriques ; hypersécrétion. L'étude du transit de l'intestin grêle montre une progression très lente de la substance opaque dans des anses peu dissociables et paraissant agglutinées par un processus de périviscérite. A l'examen des poumons, tout le champ pulmonaire droit est marbré de plaques de grisaille à limites imprécises, qui, à la radiographie, se révèlent constituées par des nappes d'infiltration périlobulaire ; réaction hilaire. Bacilloscopie directe négative.

Traitement : Insuline, 5 unités avec un morceau de sucre, un quart d'heure avant les deux principaux repas.
Résultat : Appétit réveillé, courbe de poids en hausse, 1500 grammes en quatorze jours de traitement.

OBSERVATION IX

M. W..., 67 ans.

Passé pathologique chargé :

A 19 ans : Tœniasis.

A 27 ans : Fièvre typhoïde.

A 48 ans : Pleurésie.

A 51 ans : Pneumonie.

Le début de l'histoire actuelle remonte à 1927 : Douleurs post-prandiales à heure fixe.

Meloena.

Vomissements.

1^o Intervention : Gastro-entérostomie pour ulcus pylorique.

En 1930 nouvelles hématoméses avec, de nouveau, vomissements, meloena et en outre diarrhée et gros amaigrissement.

En une deuxième intervention on refait la bouche de G. E.

En 1931, reprise du syndrome douloureux. L'amaigrissement s'accroît, le malade est très asthénisé.

Par crainte d'une nouvelle intervention, il attend 1935 où une nouvelle opération permet de faire une autre bouche de G. E. Complication post-opératoire : Éventration.

En mars 1935, un mois après, l'état du malade, en dehors d'une grande asthénie est satisfaisant : Plus de douleurs, plus de vomissements, pas de selles noires. Cependant des téguments et des muqueuses décolorées traduisent une anémie plus apparente que réelle puisque la numération globulaire montre 4 millions de globules

rouges. Cette anémie légère n'est vraisemblablement que post-opératoire, quoique jointe à l'âge du malade, elle eût pu faire penser à une évolution néoplasique.

L'examen radioscopique donne un argument en faveur de cette hypothèse en montrant un estomac ptosé, d'où partent deux bouches de G. E., l'une fundique, l'autre postérieure. Pas de passages pyloriques, mais la région de l'antré paraît floue avec un aspect marécageux ; de plus elle est douloureuse.

Traité par des injections d'acides aminés et de l'hémoglobine « per os » le malade reprend 5 kilos en 1 mois.

Il semble qu'on ne doive pas, dans cette histoire, tenir compte de la déglobulisation légère ; mais l'asthénie marquée, l'amaigrissement progressif, les hémorragies répétées, l'aspect radiologique, militent en faveur d'un processus plutôt néoplasique ou ulcéro-néoplasique que purement ulcéreux.

OBSERVATION X

M. Le B., 43 ans.

Début en 1920 :

Pesanteur gastrique continue à maximum post-prandial ; pas de douleurs vraies :

Vomissements bilieux surtout le matin, calmant cette sensation de pesanteur ;

Constipation.

Hémorroïdes.

Traitement : Laitages, alcalins.

Le syndrome gastrique présente une évolution périodique insidieuse jusqu'en 1933 où la symptomatologie se précise :

En plus de la sensation continue de pesanteur,

Douleur immédiatement au repas, calmée par les vo-

misements, ou si le malade ne vomit pas, douleurs pendant toute la durée de la digestion. Évolution périodique.

Pas d'hématémèse, ni de méloena.

Traitement : Alcalins.

En septembre 1934 : Hématémèses abondantes récidivant plusieurs fois. Anémie marquée : 2500.000 globules rouges.

Radiologiquement ulcus prépylorique sur la petite courbure.

1^o Intervention : Décembre 1934 : G. E. Amélioration d'une durée de 10 jours puis réapparition des douleurs et des vomissements.

Après examen radiologique nouvelle intervention (janvier 1935) réfection de la bouche.

Un mois après, le malade souffre toujours, mais ses douleurs ne sont plus en rapport avec les repas. Il vomit de façon intermittente ; en particulier il ne tolère pas les liquides et il ne vomit pas quand il s'abstient de boire en mangeant. Constipation inchangée.

Radiologiquement, on voit une bouche de G. E. de fonctionnement parfait ; l'estomac est très mobile, mais il est hyper-kinétique et cette hyperkinésie, si elle provoque une évacuation par la bouche de G. E. fait passer également quelques parcelles minimes de substance opaque par un pylore très douloureux.

Voici donc dix malades pour lesquels a été posé, de façon ferme, le diagnostic d'ulcus gastro-duodénal.

Tous ont été opérés, et chez tous, l'ulcus a été trouvé, sauf dans l'observation n^o 7. L'histoire de ce malade mérite d'être soulignée : syndrome de sténose pylorique serrée avec hypersecretion, sans constatation radiologique de lésion pariétale. A l'intervention, pas d'ulcus visible, mais région pylo-

rique simplement rouge, souple et sans tache hémorragique.

De pareils cas d'ulcus invisibles ont déjà été rapportés en 1932, par R. Gutmann, dans la *Presse Médicale*, et, à la séance de la Société de gastro-entérologie de Paris, le 10 octobre 1932, R. Bernard relevait deux observations, dont une de polyopéré que nous nous permettons de résumer très brièvement :

M. D..., novembre 1926 : laparotomie pour ulcus. Pas d'ulcus. On referme, sans acte chirurgical.

Janvier 1928 : douleurs persistantes : G. E.

Juillet 1928 : dégastroentérostomisation.

Octobre 1928 : perforation d'un ulcus du bulbe.

Suture et G. E. au bouton.

Avril 1929 : ablation du bouton.

Juillet 1929 : gastrectomie subtotale.

Plus récemment encore, à la séance du 13 février 1933, Pierre Ch. Fabre publiait trois observations de « constatations opératoires douteuses ».

Notons cependant, que dans notre histoire, il n'y a pas de manifestation aiguë et dramatique d'un ulcus latent, puisque cet ulcus n'existe pas. Il semble plutôt qu'il s'agisse d'un de ces cas de pylorites, entrevus et décrits par Lœper, de nouveau étudiés par G. Tillier dans sa thèse en 1928. L'erreur était d'autant plus facile que les hémorragies, rares dans cette maladie, existaient ici, sous la forme d'une hématomérose au début de l'évolution. Rien ne prouve, d'ailleurs, que cette affection ne soit pas un stade

préulcéreux, pouvant ou non aboutir à l'ulcus vrai et justiciable, dans une certaine mesure d'un traitement identique.

Ici se pose la délicate question de la thérapeutique de l'ulcère.

En dehors des complications (perforations, hémorragies récidivantes et rebelles, sténoses serrées), il est admis, maintenant, que le traitement de l'ulcère doit être d'abord médical. Nous n'insisterons pas sur les multiples médications employées : leur nombre et leur diversité montre clairement que le champ des recherches reste encore ouvert, tant que la pathogénie de l'ulcère ne sera pas définitivement établie.

Dans le domaine chirurgical, au contraire, les tactiques opératoires sont bien nettes : en dehors de l'ablation localisée de l'ulcère, la lutte se circonscrit entre la G. E. simple et la gastrectomie. Nous ne nous permettons pas d'entrer dans une controverse où des maîtres éminents font entendre une voix autorisée. Disons seulement que le procédé à employer le plus utilement est fonction de l'état du malade et de l'étendue des lésions. La décision revient donc, en dernier appel, au chirurgien, et, d'après les derniers travaux, la gastrectomie, supprimant l'ulcère et toute la région gastrique altérée fonctionnellement, donc opération curative, doit, aussi souvent que possible, primer la G. E. Ainsi, celle-ci devient une intervention palliative d'urgence.

Nous croyons, en effet, que, à part quelques cas

bien déterminés, la seule G. E. est une erreur : dans nos dix observations, six fois il a fallu réintervenir, soit pour un ulcus peptique de la bouche, soit pour un fonctionnement défectueux de l'anastomose favorisant une reprise de la « maladie ulcéreuse ».

Nous concluons donc, que toutes les fois qu'un ulcus devra être opéré, la gastrectomie devra être l'opération de choix, en usant de toutes les précautions nécessaires pour prévenir les complications pulmonaires.

3^e GROUPE D'OBSERVATIONS

Intervention sur des organes différents et synergiquement fonctionnels

C'est ici la partie la plus délicate de notre travail. Nous allons, en effet, aborder les problèmes que peuvent poser trois régions d'une pathologie bien complexe : le carrefour sous-hépatique, l'angle droit, le carrefour cæco-appendiculaire. La symptomatologie si intriquée des affections de ces trois pôles, responsable de quantité d'erreurs de diagnostic, de si nombreuses complications, crée le plus grand nombre de polyopérés.

Sur dix cas que nous avons recueillis, nous rapportons huit observations pour lesquelles nous avons pu avoir des renseignements complets.

OBSERVATION I

M. S..., 36 ans, chauffeur.

Admis d'urgence à l'hôpital en avril 1933, pour crise à type de subocclusion intestinale. Vomissements incoercibles rapidement porracés, point douloureux vésiculaire avec irradiation dorsale, et point appendiculaire. Intervention : Cholécystotomie et appendicectomie.

Deux mois après, péricholécystite et périviscérite du carrefour appendiculaire avec gêne du transit iléo-caecal. L'examen radiologique révèle en outre l'existence d'un mégacolon sans dilatation localisée, et qu'un lavement opaque de 3 litres ne réussit pas à remplir.

2^o Intervention ; régime et diathermie.

En décembre 1933, accentuation des troubles, amaigrissement, malade devenu terreux, mauvais état général progressif. On porte d'abord le diagnostic de pancréatite chronique, puis on se décide à intervenir et on trouve des adhérences péricoliques droites en étoiles fibreuses le long du mésocolon, avec de nombreux et volumineux ganglions translucides dans le mésentère, le long de la petite courbure, le long du pédicule hépatique et dans le méso-transverse. On libère les adhérences et on prélève quelques ganglions aux fins d'examen histologique. Cet examen est négatif au point de vue adénopathie bacillaire.

Traitement : Rayons U. V. généraux puis adjonction, vers la 10^e séance de traitement d'une injection intramusculaire de chlorhydrate de choline, avant chaque séance.

Résultat : Avant la choline, gain de poids 400 grammes en un mois ; après adjonction de la choline, reprise nette de l'appétit et gain de 2 kilogs en quinze jours. Le malade sort complètement transformé.

OBSERVATION II

M. D..., n^o 266, 29 ans, manœuvre.

Nombre d'interventions chirurgicales : deux.

1^{re} intervention : Appendicectomie pour appendicite chronique, en janvier 1932.

2^e intervention : G. E. pour U. du bulbe, en mars 1934.

Début en 1931 : ...

— par point douloureux épigastrique intermittent, survenant par crises, environ 3 à 4 heures après les repas;

— accompagné de nausées. Pas de vomissements;

— amaigrissement assez marqué.

Consultation : Troubles rapportés à un défaut de peristaltisme — pas de traitement, sauf position déclive au moment des douleurs.

Quatre mois après l'apparition de ces troubles :

— 1^{er} examen radiologique à l'hôpital : Diagnostic : Ulcus gastrique. Le malade entre pour se faire opérer;

— 2^e examen pendant l'hospitalisation : Estomac radiologiquement normal;

— 3^e examen : Quelques semaines après : Hyperchlorhydrie et hyperkinésie, duodénum normal;

— 4^e examen : Transit et lavement (pas de renseignements).

Après quelques semaines d'observations, troubles rattachés à une appendicite chronique :

Appendicectomie et 1^{er} séjour à l'A. N. C., en février 1932

— sédation jusqu'à

Exactement un an après (février 1933), reprise des phénomènes douloureux, cette fois accompagnés de vomissements alimentaires, aigres mais non bilieux, calmant les douleurs.

Traitement : Alcalins et charbon.

Sédation jusqu'à décembre 1933.

Reprise avec recrudescence des symptômes. Le malade doit cesser tout travail.

Examiné à l'hôpital : Diagnostic : Ulcus du bulbe.

Gastro-entérostomie en mars, bouché gastro-iléale, et 2^e séjour à l'Asile (avril 1934).

A ce moment (avril 1934) il persiste :

des douleurs d'estomac après les repas;

digestions laborieuses avec ballonnement post-prandial.

En outre stase caecale révélée par le malade lui-même :

caeco-colon en boudin, palpable mais renitent, avec clapotage, gargouillements et douleurs dans la fosse iliaque droite.

L'examen radiologique montre :

Estomac ptosé mais souple et indolore avec une bouche de G. E. peu perméable, la gélobarine passant plus fréquemment par les voies normales et dessinant un bulbe étalé à la base et douloureux, une deuxième portion très sinueuse. Progression très lente de la gélobarine dans le grêle.

Six heures après : Stase gastrique.

En résumé, quatre phases :

1^o une phase de début à symptomatologie assez fruste, faisant penser à une ptose gastrique ;

2^o une phase d'observation clinique au point de vue gastrique, décidant de l'appendicectomie ;

3^o une phase de transition dans laquelle la symptomatologie semble se préciser en faveur de l'ulcère avec G. E. ;

4^o une phase post-opératoire avec persistance d'une partie de la symptomatologie déjà accusée.

A noter que, chez ce malade, dont la sangle abdominale était assez faible, s'est produit, pendant la convalescence, une éventration qui obligea à le renvoyer à son hôpital pour une troisième intervention.

OBSERVATION III

M. P..., 26 ans, valet de chambre.

Déséquilibre neuro-végétatif net à prédominance vagotonique :

Hypotension avec extrasystoles et douleurs précordiales ;
troubles vaso-moteurs et sécrétoires ;
réflexe oculo-cardiaque exagéré ;
psychisme très déprimé, inquiétude marquée au moindre incident.

Troubles digestifs, depuis l'âge de 12 ans : Aigreurs, pesanteurs, diarrhée par crises alternant avec des périodes de constipation.

Jusqu'à 1929 : Traité comme une gastro-entérite.

En 1930 : Hémorragie rectale brusque de sang rouge, à deux reprises. L'examen est négatif.

Après un mois d'hospitalisation, la radioscopie révèle une ptose gastrique avec stase.

En novembre 1930, ptose et troubles digestifs sont rapportés à une appendicite chronique. Appendicectomie.

Pas d'amélioration et en juin 1932, un tubage ayant montré de l'hyperchlorhydrie surajoutée à la ptose, on le soigne en conséquence (ceinture, alcalins).

Septembre 1933, le malade réclame l'intervention : gastro-entérostomie et premier séjour à l'A. N. C...

Nous trouvons un homme amaigri, souffrant presque continuellement de brûlures gastriques qui l'empêchent de dormir, très affaibli, tant physiquement que moralement.

A ce moment, radiologiquement :

Ptose fixée de l'estomac (un travers de main), avec hypersecrétion ;

bouche de G. E. fonctionnant imparfaitement ;

stase gastrique 6 heures après les repas opaque ;

périviscérite droite et dissociation angulocolique difficile.

M. P..., quitte l'Asile, sans avoir été amélioré par une série d'endopancrine et le traitement bismuthé.

Nous le revoyons en mars 1935. Son état est toujours le même, au point de vue fonctionnel, mais l'examen radioscopique montre une aggravation nette du syndrome précédent :

Augmentation de l'hypersécrétion,

ptôse viscérale complète avec périviscérite encore plus marquée, et surtout bouche de G. E. complètement imperméable.

Cette nouvelle particularité nous permet d'étudier le bulbe duodénal radioscopiquement, et sur des radiographies en série, étude qui ne nous apporte d'ailleurs d'autre notion que celle d'une périoduodénite bulbaire très marquée de la partie supérieure.

Importante stase gastrique 6 heures après.

Devant ces constatations, nous ne pouvons que prévoir une troisième intervention et y préparer le malade pour lui permettre de la subir dans les meilleures conditions.

OBSERVATION IV

M. C., 27 ans, barman.

Admis en chirurgie, en avril 1934, avec le diagnostic d'ulcus du bulbe et périoduodénite, se manifestant, depuis longtemps, par des douleurs, des vomissements, des hémorragies. Diagnostic confirmé radiologiquement. A l'intervention, périoduodénite intense, due non pas à un ulcus du bulbe, mais à un appendice rétro-caecal dont on pratique l'ablation.

En mai, après quelques semaines d'amélioration, recrudescence de tous les symptômes : Gastro-entérostomie.

En juillet, à l'A. N. C., malade amaigri, souffrant continuellement, présentant, outre des vomissements répétés, une constipation opiniâtre.

Radioscopie : Bouche de G. E. douloureuse, fonctionnant mal. Évacuation simultanée par les voies naturelles, mais disproportion nette entre les contractions gastriques et l'évacuation. Cependant, pas de stase gastrique. Radio-

graphies en série de la région pyloro-duodénale : péri-duodénite bulbaire intense. Dix-huit heures après ingestion, le repas opaque garnit le cadre colique du caecum à l'angle splénique. Péricolite droite douloureuse, notamment à l'angle hépatique. Un examen par lavement opaque confirme les adhérences transverso-coliques droites et révèle une extension du processus périviscéral au colon descendant, dont la partie inférieure est immobile et spasmée.

Traitement : Diathermie à trois pôles, rayons I. R., ondes courtes. Résultat : Constipation et vomissements disparus, mais simple amélioration de l'élément douleur.

Un nouvel examen par radiographie en série du carrefour pyloro-duodéal montre un bulbe moins déformé, beaucoup plus perméable. En revanche, évacuation nulle par la bouche de G. E. complètement fermée.

En résumé, observation du classique problème que pose le diagnostic différentiel du syndrome appendiculaire chronique à la phase d'extériorisation, problème d'autant plus difficile ici, en raison des manifestations hémorragiques.

OBSERVATION V

M. M..., 45 ans, commerçant.

Début en 1914 : Appendicite aiguë avec péritonite.

Appendicectomie d'urgence, drainage. Suppuration de la paroi, nécessitant une réintervention.

Mars 1915, nouvelle crise se manifestant avec une symptomatologie identique : Douleur abdominale diffuse avec point électif dans la fosse iliaque droite, et sans irradiations. Après cinq semaines d'observations, réopération sur la même région, libération d'adhérences. Pas d'amélioration : Le malade souffre et vomit continuellement.

Août 1915, réintervention pour péricholécystite. Grosse amélioration jusqu'à décembre où on note une reprise

de tous les symptômes, ce qui détermine en décembre 1915, une cholécystotomie.

Depuis 1915, jusqu'à 1934 où nous le voyons, M. M..., n'a joui que d'une bonne santé très relative : Il présente très souvent des épisodes douloureux brefs, du type spasmodique, cédant aux applications abdominales chaudes. Il se plaint, en outre, de mauvaises digestions avec ballonnement et somnolence post-prandiale, accompagnés de constipation. Il a beaucoup maigri et semble maintenant se stabiliser aux environs de 55 kilogs. Ce qui le tracasse surtout, ce sont des crises d'ordre sympathique : Palpitations, bouffées de chaleur, sueurs, salivation.

Examen radioscopique : Estomac normal, grosse aéro-gastrie, bulbe duodénal immobile, irrégulier sur son bord inférieur, légèrement excentré, suivi d'une deuxième portion très sinueuse que la gélobarine injecte de façon filiforme. Grosse aérocolie. Colon droit fixé avec caecum immobilisé et douloureux.

Traitement en deux temps :

1^o Traitement de la périoduodénite par la diathermie à trois pôles ;

2^o traitement d'ordre général, en considérant le malade comme un insuffisant hépatique : Diathermie transhépatique.

Résultats : Augmentation de l'appétit, gain de poids de 2 kilogs, disparition de la constipation avec selles régulières, disparition des malaises post-prandiaux, regain d'activité. Un traitement médical annexe est dirigé contre les fermentations et les troubles sympathiques. Malade plus amélioré en deux mois de traitement qu'en vingt ans de médications diverses et plus ou moins appropriées.

OBSERVATION VI

M. S..., 32 ans, manœuvre.

Malade d'un passé pathologique assez chargé :

1^o A 14 ans, à la suite d'une chute, il souffre de l'hypochondre droit pendant deux mois ;

2^o à 17 ans, pleurésie droite, non ponctionnée, paraissant « a frigore » ;

3^o plusieurs blennorragies, compliquées d'orchite ;

4^o en juillet 1928, alopecie en clairière, B. W. positif.

Traité, au point de vue spécificité, par dix-huit injections de Quimby (stomatite), plusieurs séries d'Acétylarsan, et d'Ixium intraveineux. Traitement terminé et non repris depuis 1929, B. W. toujours négatif.

A noter au point de vue familial, une sœur morte de tuberculose pulmonaire.

En septembre 1928, opéré d'urgence pour appendicite gangréneuse perforée. Drainage. Complication : éventration nécessitant une réfection de la paroi.

En mai 1929, douleurs continues dans la fosse iliaque droite : Pérityphlite, deuxième intervention. Pas d'amélioration, extension du processus douloureux avec localisation élective au creux épigastrique.

En septembre 1931, laparotomie sus-ombilicale exploratrice négative au point de vue gastrique.

En janvier 1935, une quatrième intervention permet de libérer des adhérences mais ne soulage pas le malade, malgré un traitement surajouté par l'éther benzyl-cinnamique.

Nous voyons le malade en avril 1935. Il présente encore les traces d'un zona intercostal qui ne le gêne plus. Nous lui faisons préciser ses douleurs abdominales :

Brusques sans prodromes, cessant comme elles avaient commencé, de façon soudaine, sans rapport avec les repas, sans horaire, ni périodicité, non accompagnées de vomisse-

ments. Pendant la crise, hyperesthésie pariétale obligeant le malade à se mettre en position genu-pectorale, nécessitant le traitement par la morphine, l'atropine, la spasmalgine, mais ne cédant pas toujours à cette médication. La crise est suivie d'une asthénie extrême. Le lendemain, constipation, puis deux jours de débacle diarrhéique de selles très noires, à raison de 20 selles par jour.

Une P. L. a été négative et le seul diagnostic posé, jusqu'ici a été celui de solarite. L'examen neurologique est entièrement négatif.

Au cours de sa convalescence, le malade présente de nouvelles crises qui réclament jusqu'à trois injections de morphine.

Divers examens pratiqués ne réussissent qu'à apporter des indications insuffisantes pour établir un diagnostic ferme.

Radioscopie thoracique : Médiastinite.

Radioscopie digestive : Estomac normal, sauf antre pylorique en dextroposition. Point douloureux se projetant sur la région pylorique mais s'en dissociant dans le décubitus. Bulbe petit excentré, mais passages pylorobulbaires excellents. Deux particularités intéressantes : Antipéristaltisme des 3^e et 4^e portions duodénales, et, en étudiant le transit, on note que 6 heures après ingestion de gélobarine, le cadre colique est bien injecté du caecum à la partie inférieure du descendant, mais l'hémitransverse gauche est vide, l'opacification reprenant à l'angle splénique. La limite inférieure du foie est visible à deux travers de doigt, au-dessous de la crête iliaque, déformant un angle hépatique sensible à la palpation.

Une série de radiographies duodénales ne donne pas de renseignements, non plus qu'une cholécystographie, soigneusement préparée, et qui ne réussit pas à opacifier la vésicule.

Entre temps le malade a été mis aux rayons I. R. qui

se révèlent, ici particulièrement efficaces et obtiennent une sédation remarquable des phénomènes douloureux, sans qu'il y ait toujours un diagnostic fermement posé.

Plusieurs éléments sont d'ailleurs à considérer : tout d'abord l'élément spécificité qui pourrait faire penser à des crises gastriques du tabès, mais la P. L. négative, l'absence de tout signe neurologique, la jeunesse du sujet, semblent exclure cette affection cependant si polymorphe. Ce malade s'est, de plus, révélé comme un hépatique intolérant au « novar » ; on avait donc le droit de songer à des crises de lithiase vésiculaire ; nous avons vu que la cholécystographie, si elle a montré une vésicule imperméable, n'a pas montré d'ombre calculéuse, l'imperméabilité de la vésicule pouvant tenir simplement à une insuffisance du pouvoir éliminateur de la cellule hépatique. Il reste donc à étudier la possibilité d'une lithiase pancréatique ou d'un processus de vascularite des vaisseaux abdominaux. Il semble que la médiastinite, joint aux troubles certainement réflexes du transit baryté jouent en faveur de cette hypothèse.

S'il est admis, en effet, que l'évolution de certaines spécificités a fait discuter l'existence de divers virus syphilitiques, il n'est pas défendu d'admettre que certains sujets sont plus prédisposés aux lésions vasculaires qu'aux lésions cutanées ou aux lésions nerveuses.

Quoiqu'il en soit, nous pouvons trouver ici un exemple de difficulté diagnostique en matière de pathologie abdominale, si l'on veut bien admettre que même la laparotomie exploratrice a été négative.

OBSERVATION VII

M. D..., 40 ans, mécanicien.

Malade sans antécédents pathologiques.

En mai 1930, crise douloureuse brusque d'intensité progressive, diffuse à tout l'hémiabdomen droit, irradiant vers l'épaule droite, accompagnée de vomissements alimentaires puis bilieux.

Intervention : Laparotomie latérale, avec incision appendiculaire prolongée pour aborder la vésicule. Appendicectomie et cholécystectomie.

En février 1931, même procédé opératoire pour pratiquer une libération d'adhérences.

En février 1934, éventration et refection de la paroi.

Le malade vient à l'Asile en mars 1934 avec une ordonnance d'hépatique : teinture de belladone avant les repas ; décubitus abdominal droit après les repas avec applications chaudes ; craie, magnésie et bicarbonate.

L'examen radiologique montre un estomac radiologiquement normal au point de vue intégrité pariétale. On remarque surtout une très grosse poche d'air et une hyperkinésie paroxystique, alternant avec des périodes de silence absolu, comme s'il y avait sténose pylorique serrée. Le bulbe duodénal se montre régulier et mobile, rapidement rempli et évacué. La deuxième portion présente une coudure presque à angle droit à sa partie moyenne, coudure douloureuse et fixe.

Il semble donc que les troubles de la kinésie soient d'origine réflexe et dus à cette périoduodénite essentiellement localisée au carrefour duodéno-biliaire.

Le malade suit d'ailleurs son traitement médical que vient aider une série d'applications de diathermie transabdominale, et sort complètement guéri.

OBSERVATION VIII

N. W..., 27 ans.

Pas de passé pathologique.

En 1928, appendicectomie d'urgence.

Trois mois après, apparition de crises douloureuses à type de brûlures, survenant 5 à 6 heures après les repas, calmées par ingestion d'aliments, évoluant par poussées, les crises augmentant de fréquence à chaque poussée. En même temps, selles noires en diarrhée. Jamais d'hématémèses ni de vomissements.

En juin 1933, après échec de traitements médicaux divers, gastro-entérostomie, soulageant le malade pendant huit mois, puis les brûlures recommencent et prennent l'allure d'un véritable état de mal, déterminant M. W..., à une 3^e intervention.

En Mars 1935, cette troisième opération est pratiquée : gastrectomie et section d'adhérences. Le malade vient en convalescence à l'Asile.

A ce moment, deux symptômes dominant son état : Une très grande asthénie et des digestions extrêmement pénibles, avec sensation d'estomac immédiatement rempli à la moindre prise d'aliments et perte d'appétit consécutive. Constipation très marquée : 1 selle tous les dix jours par lavement.

A l'examen : Malade très amaigri, pesant 49 kilogs, paraissant pigmenté, surtout au niveau des organes génitaux, malgré une coloration naturelle et raciale de ses téguments. Il présente d'ailleurs une raie de Sergent et une hypotension à 9 — 6 1/2 au Vaquez. Il y a donc insuffisance surrénale.

A la radioscopie : Lésions scléreuses du lobe supérieur du poumon gauche. Estomac petit de gastrectomie large

avec bouche de G. E. terminale fonctionnant bien quoique douloureuse. L'estomac est fixé et la région de la bouche est floue (périgastrite). La gélobarine progresse très lentement dans les anses grêles très peu dissociables.

Un deuxième examen par lavement montre une sténose spasmodique à la partie inférieure du colon descendant qui revêt, à l'injection, un aspect en tire-bouchon. Cet aspect disparaît presque entièrement à la pression qui est douloureuse et révèle l'immobilité de ce segment. Il reparaît dès qu'on cesse la pression.

Ce malade mis à l'extrait surrénal, aux rayons U. V. généraux, thorax protégé, passe de 49 kgs. 100 à 52 kgs. 600 en un mois. Il a été mis à un régime d'adaptation progressive : Repas fractionnés et répétés. Les digestions sont ainsi rendues plus faciles et le malade, plus fort, sent renaître son appétit, et ne se plaint plus que de sa constipation. Celle-ci à son tour est traitée par des lavements d'ozone ; à la troisième injection, selle spontanée extrêmement abondante, étonnant le malade. Au bout de la 10^e séance, la constipation a fait place à des selles encore irrégulières mais spontanées et presque quotidiennes, ce qui n'est pas sans influencer favorablement sur le psychisme assez déprimé du patient.

En résumé, malade bacillaire et addisonnien léger, chez lequel est apparu un processus ulcéreux gastrique. La gastrectomie a nécessité une réadaptation du malade à son nouvel état digestif, mais trois interventions successives n'ont pas été, sans doute, sans influencer la périviscérite dont l'origine mixte, post-opératoire et bacillaire pourrait se discuter.

Une remarque s'impose, immédiatement, à la lueur de ces observations : toutes les histoires de nos malades commencent par une appendicectomie.

Tantôt l'appendicite a été suivie d'une G. E. pour ulcus, pour ptose gastrique, pour périduodénite. Tantôt, l'appendicite a entraîné une intervention sur les voies biliaires, simultanée ou successive. Tantôt, enfin, elle a nécessité des réopérations pour péri-viscérîte. Notons, en passant, qu'il est arrivé que des parois affaiblies par plusieurs incisions ont cédé et déterminé une éventration.

Nous ne retiendrons pas les deux dernières conséquences, mais nous ne pouvons qu'essayer d'expliquer les relations entre ce que nous avons appelé plus haut les trois pôles.

Si l'on veut bien se remettre dans l'esprit la disposition des vaisseaux lymphatiques abdominaux, nous trouvons déjà un rapport anatomique étroit : les lymphatiques appendiculaires, cœcaux et coliques droits, rejoignent les relais ganglionnaires péri-duodénaux et périvésiculaires.

Cette disposition a sa traduction clinique : la symptomatologie gastro-duodénale ou vésiculaire de l'appendicite est aujourd'hui bien connue et constitue un des problèmes les plus angoissants ; problème encore plus complexe, lorsque, à ce syndrome d'emprunt se surajoutent des signes radiologiques (hypersecrétion, hyperkinésie, encoche spasmodique bulbaire), qui, au lieu d'éclairer le diagnostic, contribuent, au contraire, à créer l'erreur dans une maladie essentiellement protéiforme.

De même les douleurs angulaires droites de l'aéro-

colie bloquée et de la colite droite peuvent déterminer une symptomatologie vésiculaire et inversement.

Cependant, si la périoduodénite paraît reconnaître une étiologie mixte, appendico-vésiculaire, l'ulcus gastro-duodénal paraît être l'apanage, dans certains cas, de la cholécystite. C'est, du moins, l'avis de G. Durand, lorsqu'il étudiait en 1931, l'ulcère gastrique et duodénal dans les suites douloureuses de la cholécystectomie :

« Ulcus et péritonite sous-hépatique coexistent, et, de ce fait, la symptomatologie de la lésion duodénale ou gastrique est déformée, ne présente plus l'évolution franchement périodique de la maladie, se rapproche singulièrement de la symptomatologie des périviscérités de l'étage supérieur de l'abdomen, et, par là, ne porte guère à faire surgir l'hypothèse d'ulcère... »

Suivent deux observations concernant un cas d'ulcère duodénal et un cas d'ulcère de la petite courbure, chez deux malades opérés de cholécystite ayant recommencé à souffrir six mois à un an après l'opération. Et G. Durand conclut :

« 1^o parmi les séquelles douloureuses de la cholécystectomie, il faut faire entrer l'ulcus gastrique ou duodénal...

« 2^o l'éperon, retrouvé sur plusieurs clichés faits en série, avec une incisure pariétale opposée est un des meilleurs signes radiologiques d'ulcère... Importance de la radiographie en série et de la collaboration du médecin-traitant avec le radiologue ».

Sans parler d'un nouvel aspect de la pathologie de la fosse iliaque droite envisagé récemment sous le nom de « dextriliaqualgie », nous voyons combien grande est la complexité de ce problème : ne pas méconnaître une lésion existante, affirmer une lésion qui n'existe pas. L'erreur peut être grave par ses conséquences, et, au niveau de ces trois pôles, les lésions organiques ont si souvent leurs sosies fonctionnels.

SYNTHÈSE

Nous avons étudié successivement nos trois groupes de malades. Il importe, maintenant, d'en faire une synthèse, tant au point de vue diagnostic que thérapeutique, avant d'envisager leur avenir.

Il est une notion bien nette en pathologie : une bonne thérapeutique doit avoir pour base un diagnostic exact. Or, on a vu, dans nos multiples observations, combien ce temps pouvait présenter de difficultés. A cela, une raison majeure : l'examen clinique dans une affection abdominale se réduit au minimum. Quels sont, en effet, nos moyens d'exploration ?

Il faut bien avouer, qu'en dehors de l'interrogatoire, le médecin ne dispose guère de moyen sûr : la percussion, l'auscultation ne sont, ici, d'aucune utilité. C'est tout juste si la palpation localise quelques points douloureux. Aussi, avant toute chose, importe-t-il de conduire le diagnostic par la voie d'un interrogatoire serré.

Morichau-Beuchant d'une part, Gutmann d'autre part, insistent beaucoup sur la valeur primordiale de l'interrogatoire : il permet souvent de classer un malade et de voir si on a affaire à un névropathe.

C'est lui qui précisera les douleurs (nature, siège et irradiations, horaire et périodicité), les vomissements (alimentaires, acides, bilieux), les hémorragies, (hématémèses, melæna). A la fin d'un interrogatoire bien fait, le diagnostic doit déjà être orienté.

Ce n'est qu'alors qu'on procédera à l'examen objectif direct, dont la palpation sera le moyen le plus riche en renseignements : tonicité de la paroi abdominale, hyperesthésie cutanée, battements aortiques notés par la palpation superficielle, clapotage à jeun, points douloureux révélés par la palpation profonde.

L'étude des points douloureux a été particulièrement poussée par Parturier et Aviérinos qui ont trouvé une épreuve pour déterminer l'origine d'une douleur abdominale. La technique est la suivante :

1^o repérage des points douloureux sur la paroi abdominale au moyen d'un crayon dermatographique ;

2^o lavement évacuateur d'un litre d'eau glycé-rinée ;

3^o après une heure de repos, lavement antipyriné à 1 gr. 50 à garder.

De quart d'heure en quart d'heure, on note l'atténuation des points douloureux : les points coeli-algiques disparaissent, les points d'origine viscérale persistent et peuvent être dissociés à leur tour par des épreuves complémentaires (chaleur, froid, opium, belladone).

On voit tout le bénéfice que le diagnostic peut tirer de cette épreuve simple et d'exécution facile.

Ce diagnostic sera d'autant plus étayé qu'on l'appuyera sur deux moyens d'investigations de la plus haute importance : l'examen radiologique et le laboratoire.

Au premier reviendra le soin de préciser l'existence d'une lésion organique et de la localiser. On ne saurait trop insister sur la valeur de ce moyen d'exploration correctement manié. Nous ne voulons pas, par là, affirmer son infaillibilité. Il est des cas d'ulcères punctiformes qui passent inaperçus à l'examen le plus minutieux. Il est des calculs vésiculaires invisibles, même après la plus soignée des préparations. Il est, enfin, des ulcères radiologiquement silencieux, en dehors des périodes d'activité.

Aussi, croyons-nous que la radiologie doit suivre une marche inverse de la chirurgie : alors que le chirurgien s'applique à opérer en dehors des périodes de crises, il nous semble que le radiologue doit chercher l'ulcère quand il se manifeste. En agissant ainsi, on se conforme à la définition que Gutmann donne de l'ulcère : « trouble trophique se traduisant par une ulcération qui évolue par poussées et guérit, souvent, spontanément », et, on trouvera, avec cet auteur, que l'ulcère en évolution possède une traduction radiologique constante.

Nous ne voulons pas énumérer et discuter la valeur des signes radiologiques de l'ulcère : ils doivent être recherchés avec minutie, en utilisant tous les procédés d'exploration (incidences variées, et, particulièrement, les divers décubitus, radiographies

en série, étude du péristaltisme et du transit). On n'oubliera pas, en se rappelant la définition de Gutmann, qu'un examen radiologique négatif, en dehors d'une poussée douloureuse, ne doit pas exclure un diagnostic qui nécessite toujours une collaboration étroite entre le médecin-traitant et le radiologue.

A cette collaboration vient s'ajouter celle du laboratoire. C'est lui qui donnera les résultats de l'étude du chimisme gastrique et duodénal, par le tubage à jeun et après repas d'épreuve. C'est encore en utilisant les nouvelles épreuves de l'histamine et de la chromoscopie qu'il renseignera sur les fonctions sécrétoires de la muqueuse gastrique.

On conçoit que la somme de ces indications permette d'assurer au diagnostic une base plus ferme, sur laquelle s'appuiera la décision thérapeutique du médecin-traitant.

Nous avons parlé, plus haut, à propos des observations du deuxième groupe, de la meilleure tactique chirurgicale à suivre en cas d'échec du traitement médical. Nous ajouterons qu'il existe une prophylaxie des accidents post-opératoires à établir au cours de l'intervention elle-même.

Pour la G. E., la meilleure technique, d'après Bergeret et Caroli, serait celle de Hartmann : abouchement à 5 centimètres du pylore, affleurant la grande courbure, au point déclive. La Gastrectomie donnerait les meilleurs résultats, les suites opératoires parfaites répondant aux résections les plus

larges, mais le pronostic étant plus grave, en raison des complications pulmonaires immédiates et fréquentes.

Au cours de ces interventions, le gros souci du chirurgien doit être d'éviter la formation d'adhérences dont la production ne peut qu'être activée par des opérations renouvelées. D'où l'intérêt d'une cure aussi radicale que possible quand l'indication opératoire se pose formellement : endothélialisation de la plaie péritonéale, suture soigneuse des séreuses, douceur dans les manipulations, greffe épiploïque, tous les moyens doivent être mis en œuvre pour répondre à ce souci.

Pendant la convalescence, le traitement médical doit viser à une réadaptation de l'opéré par une diététique alimentaire bien comprise. Nous avons amélioré un certain nombre de gastrectomisés, vomisseurs et souffrant de troubles digestifs divers, en modifiant, simplement, l'horaire et le nombre de leurs repas. Cette méthode, repas fréquents et peu abondants, nous a donné de bons résultats.

On a vu, en outre, que nous avons employé divers agents thérapeutiques pour nos malades convalescents : insuline, pepsine, acides aminés, agents physiques. Parmi ceux-ci, nous ferons une mention spéciale pour la « diathermie à trois pôles », que nous avons surtout utilisée dans les cas de périoduodénites. Cette application d'un agent, par ailleurs remarquable, nous semble préférable aux ondes courtes dont la vogue actuelle paraît devoir éclipser la



Fig. 1. — M. C... obs. 4 (III). — Bulbe duodénal avant traitement.

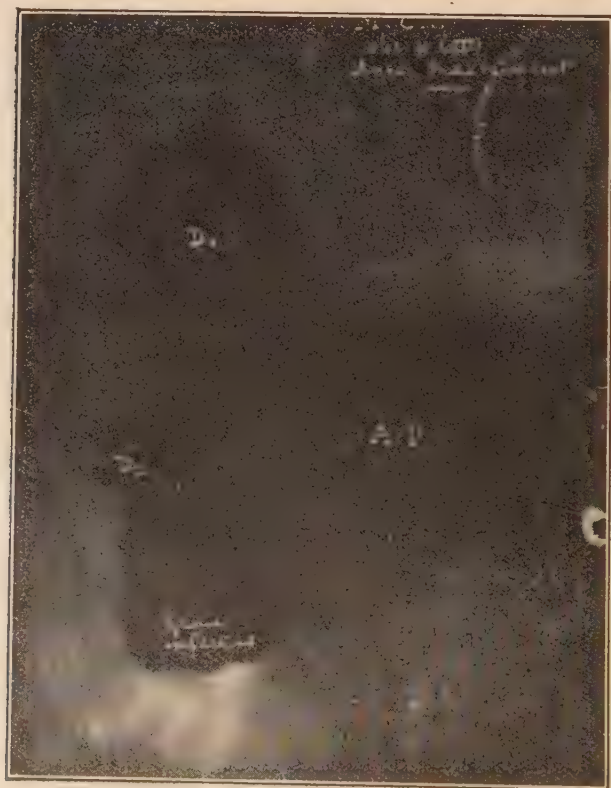


Fig. 2. — M. C... Bulbe duodénal après traitement.
Noter la différence de remplissage.

classique diathermie. Elle permet de mieux localiser l'action de la chaleur, et nous ne pouvons pas mieux en démontrer l'effet bienfaisant qu'en examinant les radiographies duodénales de l'observation 4 du 3^e groupe.

En terminant, à diagnostic sûr, thérapeutique plus appropriée, jamais purement chirurgicale ni exclusivement médicale, mais toujours médico-chirurgicale, visant, avant tout, à la prophylaxie de la périviscérite post-opératoire.

C'est, en effet, cette complication si rebelle qui est à la base de certaines psychasthénies, constituées, suivant Euzière et Pagès, par trois facteurs : mécanique (adhérences, ptoses, constipation), toxique (élément colitique, élément hépatique), nerveux (algies par tiraillement des plexus).

On comprend que chez ces malades obsédés par leurs souffrances, tantôt réclamant une intervention inutile, tantôt refusant une opération nécessaire, se crée une véritable psychose, origine de tant de révoltes et d'actes désespérés.

CONCLUSIONS

De cette étude des polyopérés, nous croyons pouvoir tirer les conclusions suivantes :

1^o certaines interventions itératives sont le fait de hasards malheureux ; d'autres le fait d'un diagnostic souvent mal établi parce que difficile ;

2^o tous les moyens doivent être mis en œuvre, en pathologie abdominale, pour étayer un diagnostic parfois hésitant ;

3^o l'ulcère gastro-duodénal est une maladie à poussées évolutives ;

4^o cette maladie est essentiellement médico-chirurgicale, tant par son diagnostic que par son traitement et par son avenir ;

5^o le traitement de toute affection abdominale doit être institué, en tenant compte, non seulement du présent, mais surtout de l'avenir du malade ;

6^o l'appendicite, maladie protéiforme, peut revêtir tous les masques ;

7^o à l'origine de certains ulcus duodénaux, il serait intéressant de rechercher un passé appendiculaire ;

8^o l'acuité des phénomènes douloureux abdominaux commande l'intervention, leur chronicité commande la prudence ;

9^o la convalescence des opérés de l'estomac est une période de rééducation fonctionnelle ;

10^o il existe une véritable psychasthénie digestive que doit prévenir le traitement opératoire et post-opératoire, en évitant de créer des « détraqués de l'abdomen ».

VU : <i>Le Président,</i>	VU : <i>Le Doyen,</i>
SERGENT.	ROUSSY.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Le Recteur de l'Académie de Paris,
CHARLÉTY.

BIBLIOGRAPHIE

GUTMAN (R. A.). — *Les syndromes douloureux de la région épigastrique.*

— *Nouvelle pratique thérapeutique.*

MORICHAU-BEAUCHANT. — *L'exploration de l'estomac et du duodénum* (Doin).

— *L'exploration de l'intestin* (Doin).

SERGEANT, RIBADEAU-DUMAS et BABONNEIX. — *Traité de Path. Méd. et de Thér. appliquée : sympathique et glandes endocrines.*

TRÉMOLIÈRES et SALMON. — Diagnostic des syndromes douloureux du carrefour abdominal supérieur (*Revue de Méd.*, 1927).

TELLIER (G.). — Etude des pyloro-duodénites (*Th. Lyon*, 1928)

DURAND (G.). — *In Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 1931.

BERGERET et CAROLI. — *In Arch. des Mal. de l'App. Dig.*, 1931.

BAUMGARTNER. — *Société de G. E. de Paris*, avril 1932.

BERNARD (R.). — *Société de G. E. de Paris*, octobre 1932.

FABRE (P. Ch.). — *Société de G. E. de Paris*, février 1933.

LÆPER et BAUMANN. — *P. M.*, n° 72, septembre 1929.

OURY (P.) et PARIS (R.). — *Journ. de Méd. et de Chir. pratique*, juillet 1929.

EUZIÈRE et PAGÈS. — *Pratique Méd. française*, novembre 1929.

MAINGOT. — Syndrome radiologique pyloro-duodéal de certaines appendicites chroniques. *Paris Méd.*, février 1931.

CHIRAY, LOMON et WAHL. — *Le dolichocolon* (Masson).

CAIN. — *Revue Crit. de Pathol. et de Thérap.*, avril 1931.

GUTMANN (R. A.). — *P. M.*, n° 84, 1931.

OURY (P.) et MÉZARD. — *Le traitement médical des ulcères gastro-duodénaux* (Doin).

FROMENT (P.). — *Le traitement des ulcères gastro-duodénaux* (Baillière).

GUILLAUME (A. C.). — Iliacalgie droite, syndrome angio-algique et manifestations anxieuses. *Hôpital*, janvier 1935.

312

